

TULLIO TINTI

Cause e strategie di prevenzione della "sindrome di burn-out"

L'esperienza in due comunità terapeutiche

Relatrice

Dott.ssa **A. Migliarese**

CORSO DI FORMAZIONE CON VALENZA REGIONALE FINALIZZATO AL
RICONOSCIMENTO DI PROFESSIONALITA' NEL RUOLO DI EDUCATORE

Anno accademico 1999-2000

Cause e strategie di prevenzione della “sindrome di burn-out”

L'esperienza in due comunità terapeutiche

Introduzione	Pag. 3
1. La sindrome di burn-out: i sintomi	
1.1 Il burn-out dell'operatore sociale	7
1.2 Sintomi psichici (cognitivo-emozionali)	8
1.3 Sintomi comportamentali	9
1.4 Sintomi fisici	9
2. Le cause del burn-out	
2.1 Il burn-out come fenomeno psicosociale	10
2.2 Cause soggettive del burn-out	10
2.3 Cause oggettive del burn-out	12
2.4 Cause socio-culturali del burn-out	14
2.5 Fattori di stress in comunità psichiatrica	15
2.6 Fattori di stress in comunità per tossicodipendenti	18
3. Prevenzione e cura del burn-out	
3.1 Le dimensioni della prevenzione	21
3.2 Le responsabilità del singolo operatore	21
3.3 La prevenzione primaria	23
3.4 La prevenzione secondaria	24
3.5 Strategie di prevenzione nelle due comunità	26
3.6 La prevenzione in comunità psichiatrica	27
3.7 La prevenzione in comunità per tossicodipendenti	31
3.8 Come guarire dal burn-out	34
Conclusioni	36
Bibliografia	38

Introduzione

Questa ricerca riguarda le cause e le strategie di prevenzione del burn-out attive in due comunità terapeutiche della provincia di Imperia, “Il Cicalotto” di Pornassio e “Riviera Flowers” di Ventimiglia.

Chi scrive ha prestato servizio come educatore in entrambe le comunità e tuttora lavora in una di esse, pertanto è stato sia soggetto ai fattori di stress presenti nei due servizi, sia destinatario delle strategie di prevenzione. I dati sulle due comunità utilizzati nel presente lavoro sono stati raccolti direttamente da chi scrive per un periodo di osservazione di 10 mesi (da agosto a maggio). Le 1.560 ore circa di osservazione sono così ripartite: 1.160 ore presso la comunità “Il Cicalotto”, 400 ore presso la comunità “Riviera Flowers”.

<p>PERIODO DI OSSERVAZIONE: dal 01/08/1999 al 31/05/2000</p> <p>DURATA DELL'OSSERVAZIONE: 1.560 ore circa</p> <p>MODALITA' DI OSSERVAZIONE: osservazione partecipante (l'osservatore è soggetto allo stress e destinatario della prevenzione)</p>

Le due comunità si prestano a un confronto diretto relativo sia ai fattori di stress, sia alle strategie di prevenzione, per le seguenti caratteristiche:

1. Entrambe le comunità sono terapeutiche residenziali per utenti adulti con gravi problemi di disagio psichico e sociale;
2. Entrambe le comunità sono gestite da società private (S.r.l.) convenzionate con il servizio sanitario pubblico;
3. Le strutture del personale delle due comunità sono estremamente simili.

Nel periodo di osservazione la comunità “Il Cicalotto” di Pornassio ospitava circa 25 utenti con patologia psichiatrica grave e cronica (per lo più schizofrenici), molti dei quali provenienti dall’Ospedale Psichiatrico di Brescia. La maggior parte di questi utenti è in grado di comunicare verbalmente, ma spesso il contenuto della comunicazione è delirante; quasi tutti sono fisicamente normodotati e sono autosufficienti per quanto concerne l’alimentazione, ma hanno bisogno di assistenza continua per l’igiene e la cura del sé; sono pazienti eteroaggressivi, per cui non sono in grado di rimanere da soli neppure per brevi periodi. Il lavoro degli operatori è prevalentemente assistenziale.

Gli utenti della comunità “Riviera Flowers” di Ventimiglia, nel periodo di osservazione, erano circa 50 soggetti tossicodipendenti tra cui molti “doppia diagnosi” (tossicodipendenti con problemi psichici medio-gravi). Gli utenti sono tutti fisicamente normodotati e completamente autosufficienti. Il programma riabilitativo comunitario si basa principalmente su psicoterapia di gruppo e ergoterapia (terapia del lavoro).

“Il Cicalotto” è gestito da un consorzio di cooperative sociali, il C.Re.S.S. di Genova, direttamente convenzionato con l’A.S.L. 1 Imperiese. Nel periodo di osservazione, il personale della comunità era composto quasi esclusivamente da soci lavoratori di due delle cooperative del C.Re.S.S.: “Il Faggio” di Savona e la cooperativa C.S.T.A. di Genova. Uniche eccezioni i medici consulenti e alcuni prestatori d’opera occasionali.

“Riviera Flowers” è gestita da una cooperativa sociale imperiese, “L’Ancora” di Vallecrosia, convenzionata con vari SERT (Servizi pubblici per Tossicodipendenti) della Liguria e del Piemonte. Il servizio fornito da “L’Ancora”, oltre alla comunità “Riviera Flowers”, comprende i centri di accoglienza di Sanremo e Imperia (Accoglienza Residenziale “Villa Fanny”) e un servizio di accoglienza presso il carcere di Sanremo. Quasi tutti gli operatori di queste strutture sono soci lavoratori de “L’Ancora”; fanno eccezione i consulenti (medici e psicologi) e alcuni prestatori d’opera occasionali.

I servizi che lavorano in rete con “Il Cicalotto” sono: comunità psichiatrica “Skipper” di Masone, comunità psichiatrica “Villa Perla” di Genova, CIM (Centri di Igiene Mentale) della provincia, SPDC (Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) della provincia.

I servizi che lavorano in rete con “Riviera Flowers” sono: tutte le strutture de “L’Ancora”, numerose cooperative di tipo B (società di ex utenti), SERT di Liguria e Piemonte, C.S.S.A. (Centro di Servizi Sociali per Adulti), Tribunali, CIM e SPDC della provincia, varie associazioni di volontariato.

Nelle tabella seguente sono messe a confronto le strutture del personale delle due comunità: come si può vedere, sono molto somiglianti.

ORGANIGRAMMA DELLE DUE COMUNITÀ NEL PERIODO DI OSSERVAZIONE	
<i>Comunità “Il Cicalotto”</i>	<i>Comunità “Riviera Flowers”</i>
Direttore Sanitario (medico psichiatra psicoterapeuta) Conduce la riunione d'équipe (2h/sett.) Reperibile telefonicamente 24h/giorno	Direttore Sanitario (medico psichiatra psicoterapeuta) Conduce la riunione d'équipe (2h/sett.) Effettua colloqui terapeutici (2h/sett.) Reperibile telefonicamente 24h/giorno
Direttore tecnico (laureato) Lavora 38h/sett. <i>Prima esperienza come direttore di comunità</i>	Direttore tecnico (laureato) Lavora 38h/sett. <i>Prima esperienza come direttore di comunità</i>
Medico di base 6h/sett. di cui 2h/sett. in riunione d'équipe	Medico di base Consulenze
1 educatore (laureato)¹ 1 educatore 9 ADEST (alcuni part-time)	2 educatori assistenti al direttore 5 educatori 4 psicologi (part-time)
Infermieri Professionali (IP) Personale amministrativo Ausiliari Tirocinanti Prestatori d'opera occasionali Obiettori di coscienza	Consulenti Personale amministrativo Volontari Tirocinanti Prestatori d'opera occasionali Obiettori di coscienza

Supervisore (medico psichiatra psicoterapeuta) Supervisiona 8/10 operatori al mese, in un'unica seduta di 2 ore. Gli operatori sono educatori, IP, ADEST e ausiliari.	Supervisore (psicologo psicoterapeuta) Supervisiona 6/8 operatori ogni 3 settimane, in due sedute ciascuna di 1,5 ore. Gli operatori sono esclusivamente educatori e psicologi.
---	---

Nel seguito, del tutto arbitrariamente, si parlerà di «staff» intendendo il gruppo di lavoro formato da: Direttore tecnico, educatori, psicologi, IP e ADEST. Per «équipe» si intenderà il

¹ Da marzo 2000 sostituito da: 1 educatore professionale più 1 IP con funzioni di educatore.

gruppo di lavoro allargato, costituito da: tutti i membri dello staff, gli ausiliari, i consulenti, i tirocinanti e i volontari.

Il presente lavoro è così strutturato: il cap.1 è dedicato alla descrizione dei sintomi psichici, comportamentali e fisici del burn-out, con particolare riferimento al burn-out degli operatori che lavorano nelle comunità terapeutiche. *Non viene preso in considerazione il burn-out delle figure professionali di riferimento - il Direttore, i medici, il supervisore - ma la sindrome può talvolta (spesso?) interessare anche tali ruoli.*

Il cap.2 è dedicato all'eziologia del burn-out, con particolare riferimento ai fattori di stress professionale attivi, nel periodo di osservazione, nelle due comunità prese in esame.

Nel cap.3 vengono presentate le strategie di prevenzione del burn-out, con dettagliato riferimento alle strategie adottate presso "Il Cicalotto" e "Riviera Flowers", e le possibilità di cura per gli operatori in burn-out.

1. La sindrome di burn-out: i sintomi

1.1 Il burn-out dell'operatore sociale

Si comincia a parlare della «sindrome di burn-out» nella prima metà degli anni 70, negli Stati Uniti, per identificare una patologia professionale che veniva osservata sempre più frequentemente tra gli operatori sociali, caratterizzata da un rapido decadimento delle risorse psicofisiche e un altrettanto rapido peggioramento delle prestazioni professionali.¹ Gli operatori afflitti da tale patologia appaiono completamente “bruciati”, “fusi”, “cortocircuitati”, ovvero oltremodo sfiniti, esauriti “a tutto campo”.

Sembra che il termine «burn-out» venga dal gergo sportivo: negli anni Trenta veniva utilizzato per indicare la condizione di quegli atleti che, dopo un periodo di successi, improvvisamente vanno in crisi e non riescono a dare più nulla dal punto di vista agonistico. Analogamente, gli operatori sociali in burn-out non riescono a dare più nulla dal punto di vista relazionale [Rossati - Magro 1999, 43-4].

Sono molti i professionisti del sociale a rischio di burn-out, ma quelli più “esposti” sembrano essere: operatori di comunità; educatori; insegnanti; riabilitatori psichiatrici; assistenti sociali. Si tratta di professioni basate sulla “relazione d'aiuto” tra operatore e utenti disagiati, professioni nelle quali le responsabilità morali dell'operatore, lo stress a cui è sottoposto e il suo coinvolgimento emotivo sono elevatissimi.

Proprio tali condizioni di lavoro, se non sussistono le adeguate misure di prevenzione, portano inevitabilmente alla “fusione”, al *breakdown* dell'operatore.

Dal punto di vista psicofisico, si può definire il burn-out come *una risposta disfunzionale allo stress*. La definizione può cambiare assumendo altre prospettive (per es.: psicologia dell'apprendimento, psicoanalisi, sociologia), ma i sintomi elencati dai vari autori coincidono e su questi ci si soffermerà.²

¹ La prima pubblicazione in cui si parla di «sindrome di burn-out» è un articolo del 1974 di Herbert J. Freudenberger. Sembra però che nel 1973 Christina Maslach abbia parlato di «sindrome di burn-out» durante un convegno della American Psychological Association tenutosi a Montreal [Rossati - Magro 1999, 163].

² Per definizioni e punti di vista sul burn-out diversi da quello psicofisico, si veda Rossati - Magro [1999, §2.2].

1.2 Sintomi psichici (cognitivo-emozionali)

I sintomi psichici sono quelli principali. Investono sia la sfera cognitiva, sia quella emotiva. Nel suo lavoro del 1982, rimasto il testo di riferimento sui sintomi del burn-out, Christina Maslach descrive tre gruppi di sintomi: *esaurimento emotivo*, *depersonalizzazione dell'utente*, *ridotta realizzazione professionale*. Ai sintomi inclusi in queste tre categorie, F. Folgheraiter aggiunge quelli descrivibili globalmente come *perdita di controllo*. Qui verrà seguita la maggioranza degli autori, che utilizza tuttora le categorie di Maslach (pur con qualche modifica), ma verrà aggiunta la categoria messa in evidenza da Folgheraiter [cfr. Maslach 1982; Folgheraiter 1994].

In base a questo criterio, i sintomi possono essere raggruppati in quattro categorie:

a) *Collasso delle energie psichiche*

In questa categoria rientrano molti sintomi tipici degli stati ansioso-depressivi. I principali sintomi sono: alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno; apatia; demoralizzazione; difficoltà di concentrazione; disagio; disperazione; incubi notturni; irritabilità; preoccupazioni o paure eccessive o immotivate; sensazione di inadeguatezza; sensi di colpa; senso di frustrazione o di fallimento.

b) *Collasso della motivazione*

In questa categoria rientrano tutte le disfunzioni psichiche che portano alla *depersonalizzazione dell'utente* e quindi ad un progressivo scadimento della qualità professionale. I sintomi sono: distacco emotivo (perdita della capacità empatica); rigidità nell'imporre o applicare norme e regole; cinismo, disinteresse oppure ostilità o rifiuto (anche fisico) verso gli utenti o, meno frequentemente, verso i colleghi; pessimismo.

c) *Caduta dell'autostima*

L'operatore non si sente realizzato sul lavoro e comincia a svalutarsi sia sul piano professionale, sia - successivamente - su quello personale. Nonostante si sforzi, non riesce a frenare questo crollo della fiducia nelle proprie capacità e risorse; i nuovi impegni gli sembrano insostenibili; ha la sensazione di non essere "all'altezza" dei problemi nel lavoro e nel privato.

d) *Perdita di controllo*

L'operatore non riesce più a controllare lo spazio o l'importanza del lavoro nella propria vita. Ha la sensazione che il lavoro lo "invada"; non riesce a "staccare" mentalmente; il pensiero

degli utenti o i problemi con i colleghi gli creano sempre più malessere, anche oltre l'orario di lavoro.

1.3 Sintomi comportamentali

I sintomi del burn-out comprendono alcuni o molti tra i seguenti comportamenti [cfr. Cherniss 1983; Colla, *pagine Web*]:

- a) Assenteismo;
- b) “Fuga dalla relazione”: trascorrere più tempo del necessario al telefono, cercare scuse per uscire o svolgere attività che non richiedano interazioni con utenti e colleghi;
- c) Progressivo ritiro dalla realtà lavorativa (“disinvestimento”): presenziare alle riunioni senza intervenire, senza alcuna partecipazione emotiva, e solo per lo stretto necessario;
- d) Difficoltà a scherzare sul lavoro, talvolta anche solo a sorridere;
- e) Ricorso a misure di controllo o allontanamento nei confronti degli utenti: sedazione, contenzione fisica, espulsione;
- f) Perdita dell'autocontrollo: reazioni emotive violente, impulsive, verso utenti e/o colleghi;
- g) Tabagismo e assunzione di sostanze psicoattive: alcool, psicofarmaci, stupefacenti.

1.4 Sintomi fisici

Secondo alcuni autori, la sindrome di burn-out provoca o, più spesso, aggrava alcuni o molti tra i seguenti disturbi psicosomatici [Bernstein - Halaszyn 1989, 115; cfr. Cherniss 1983]:

- a) disfunzioni gastrointestinali: gastrite, ulcera, colite, stitichezza, diarrea;
- b) disfunzioni a carico del SNC: astenia, cefalea, emicrania;
- c) disfunzioni sessuali: impotenza, frigidity, calo del desiderio;
- d) malattie della pelle: dermatite, eczema, acne, afte, orzaiolo;
- e) allergie e asma;
- f) insonnia e altri disturbi del sonno;
- g) disturbi dell'appetito;
- h) componenti psicosomatiche di: artrite, cardiopatia, diabete.

2. Le cause del burn-out

2.1 Il burn-out come fenomeno psicosociale

Il burn-out, come si è detto, è una possibile conseguenza dello stress. Ma cos'è lo stress? Secondo la definizione più classica, dovuta a Hans Selye, lo stress è «la risposta aspecifica dell'organismo a una richiesta di prestazioni». In base a questa definizione, poiché nella reazione dell'organismo vi è una *componente oggettiva* (lo stimolo) e una *componente soggettiva* (l'interpretazione dello stimolo), si può dire che lo stress è una reazione *individuale* ad un insieme di stimoli *oggettivi* che viene *soggettivamente* riconosciuto come “richiesta di prestazioni”.

Il burn-out, come sottolineano A. Rossati e G. Magro, è un fenomeno più complesso dello stress, perché determinato non solo dalle componenti soggettiva e oggettiva dello stress *individuale*, ma anche da variabili storico-sociali e culturali che possono “accelerare” il passaggio dallo stress al burn-out. Perciò, mentre lo stress è un fenomeno individuale, *il burn-out è un fenomeno fondamentalmente psicosociale* [Rossati - Magro 1999, 69].

Nel mettere in evidenza le cause del burn-out, quindi, occorre distinguere fattori individuali (componente soggettiva e componente oggettiva dello stress) e fattori socio-culturali:

Cause del burn-out	fattori individuali	stress professionale	<i>cause soggettive</i>
			<i>cause oggettive</i>
	fattori sociali, culturali, storici		

2.2 Cause soggettive del burn-out

La componente soggettiva dello stress è quella che determina quali stimoli verranno percepiti come stressanti e l'intensità della reazione individuale a tali stimoli. Fanno parte di questa componente le caratteristiche della personalità, le aspettative professionali, lo stress non professionale [cfr. Bonino 1988, cap.11].

a) *Caratteristiche della personalità*

- insufficiente maturazione emotiva;
- incapacità di reggere relazioni sociali coinvolgenti;
- tendenza all'eccessivo coinvolgimento nelle problematiche altrui;
- intolleranza della frustrazione;
- insufficiente superamento della “posizione depressiva” (con il significato dato a quest'espressione da Melanie Klein), cioè insufficiente capacità di elaborare la spinta a “riparare”, laddove la “riparazione” è inconsciamente assunta come propria *responsabilità* [Rossati - Magro 1999, 53];
- incapacità di gestire il tempo in modo efficace e produttivo, con conseguente continua insoddisfazione per *come* lo si è utilizzato (indipendentemente dagli esiti raggiunti).

b) *Aspettative professionali*

- motivazioni inadeguate: desiderio inconsapevole di esercitare potere decisionale sugli altri; bisogno inconscio di approfondire la conoscenza di sé; identificazione con professionisti di successo; fantasia del salvatore;
- convinzioni inadeguate: “la formazione garantisce la competenza” e/o “la competenza garantisce la riuscita”;
- mistica professionale: rappresentazioni idealizzate della professione (ritenuta intrinsecamente stimolante e gratificante) e dell'utenza (ritenuta sempre riconoscente e collaborativa);
- narcisismo patologico: rappresentazioni idealizzate del “sé professionale” (possono portare al cosiddetto “delirio di onnipotenza”).

c) *Stress non professionale*

Lo stress non professionale a cui si è sottoposti rappresenta un costituente importante della componente soggettiva dello stress professionale; è noto, infatti, che tanto più un soggetto è stressato *fuori dal lavoro*, tanto più sarà intensa la sua reazione agli stimoli stressanti *in ambito lavorativo*.³

³ T. Holmes e R. Rahe, nel 1967, hanno associato ai più comuni eventi lieti e spiacevoli della vita un valore numerico, che rappresenta il potenziale di stress di tali eventi. I primi eventi della scala di Holmes-Rahe, in ordine decrescente, sono: morte del coniuge (l'evento più stressante in assoluto), divorzio, separazione, incarcerazione, morte di un familiare, malattia grave (propria) e matrimonio. Questi eventi, benché non direttamente legati alla sfera lavorativa, sono così stressanti da amplificare enormemente lo stress professionale.

2.3 Cause oggettive del burn-out

La componente oggettiva dello stress professionale è stata studiata da D. Cooper, che ha individuato varie classi in cui possono essere suddivise le fonti di stress (*stressors*): *intrinseche al lavoro, relative al ruolo nell'organizzazione, relative allo sviluppo della carriera, relazionali, relative all'équipe* [Rossati - Magro 1999, 33-5]. Il modello di Cooper, con qualche modifica, può essere utilizzato per suddividere le fonti di stress tipiche delle professioni sociali [cfr. Bernstein - Halaszyn 1989]:

1. *Intrinseche al servizio*

a) Relative al lavoro:

- Scarsa retribuzione contrattuale;
- straordinari e ore lavorative extra poco retribuiti o addirittura non pagati;
- condizioni ambientali sfavorevoli: rumore, scarsa ventilazione, spazi angusti, illuminazione scarsa o abbagliante, umidità, troppo caldo o troppo freddo;
- poche risorse materiali (comprese quelle per affrontare i problemi legati al territorio): carenze strutturali; carenza di automezzi di servizio, di strumentazione, di ausili didattici, del budget per le spese educative, ecc.;
- turni e orari stressanti.

b) Relative all'utenza:

- Stessi utenti troppo a lungo;
- utenti cronici e/o incurabili;
- poche informazioni sugli utenti (diagnosi, anamnesi, situazione legale, ecc.);
- sovraccarico qualitativo di lavoro (richieste troppo difficili);
- sovraccarico quantitativo di lavoro (eccesso di richieste);
- troppa routine.

2. *Relative al ruolo nell'organizzazione*

- Sovraccarico di ruolo: responsabilità superiori al potere decisionale;
- ambiguità di ruolo: mansionario o compiti specifici non chiari;
- incongruenza di ruolo: il ruolo non è quello desiderato;
- conflitto di ruolo: richieste contraddittorie da parte di uno o più superiori.

3. *Relative alla carriera*

- Competizione tra colleghi per ottenere promozioni;
- delusione per le retrocessioni subite;
- “ansia da prestazione” per le promozioni ricevute;
- *misteriosità* per il modo in cui qualcuno fa carriera e qualcuno no [cfr. Pollo, *pagine Web*].

4. *Relazionali*

a) Relazioni con i colleghi:

- Conflitti tra colleghi: i conflitti possono nascere tra colleghi con o senza la stessa qualifica e con o senza lo stesso mansionario; possono riguardare qualunque questione lavorativa o personale;
- comunicazione tra colleghi insufficiente: i colleghi non danno informazioni esaurienti su ciò che fanno;
- poche gratificazioni: mancanza di apprezzamento da parte dei colleghi;
- incapacità di differenziare le mansioni: nelle équipes molto competitive (al loro interno) ognuno vuole fare tutto ciò che fanno gli altri per timore di essere professionalmente danneggiato dalla differenziazione; avviene così che alcune funzioni rimangono scoperte, altre moltiplicate con chiara riduzione dell’efficienza [cfr. Pollo, *pagine Web*];
- relazioni sentimentali/sexuali tra colleghi: se i colleghi scoprono la relazione, possono avere reazioni sgradevoli, eventualmente amplificate se la relazione è omosessuale (voler essere tenuti al corrente dei dettagli, essere gelosi, condannare moralmente la relazione o al contrario incoraggiarla in modo forzato); se la relazione finisce, continuare a lavorare insieme può essere molto stressante;
- *mobbing*, ovvero «persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro»: consiste in azioni di sabotaggio professionale o personale *da parte di colleghi coalizzati*.

b) Relazioni con il Direttore:

- Feedback poco efficace: il feedback non è proattivo (il Direttore dice *ciò che non va fatto* e non dice *ciò che andrebbe fatto*); non è relativo a una situazione specifica; mette in campo i sentimenti del Direttore; si estende a condizioni che *non* dipendono dall’operatore; arriva troppo tardi (lontano nel tempo) o troppo presto (“a caldo”); non include verifica di chiarezza (il Direttore dà per scontato che l’interlocutore abbia capito);

- poche gratificazioni: il lavoro ben fatto non viene riconosciuto o apprezzato;
 - conflitti di valori tra Direttore e operatori: vi può essere accordo sulle tecniche educative (*come* agire per modificare i comportamenti dell'utenza) ma non sui principi educativi (*quali* comportamenti vanno modificati e quali no);
 - *bossing*, ovvero «persecuzione psicologica negli ambienti di lavoro» *da parte del Direttore o di altri superiori*.
- c) Relazioni con il datore di lavoro (se non è il Direttore):
- Interferenze non tecniche: per esempio, interferenze di natura politica.
- d) Relazioni con gli operatori degli altri servizi:
- Necessità di negoziazione continua.

5. *Relative all'équipe*

- “Spirito d'équipe” scarso o assente;
- insufficiente disponibilità alla negoziazione.

Un modello alternativo a quello di Cooper è stato recentemente elaborato da Christina Maslach (insieme a M. P. Leiter). Tale modello ordina le cause oggettive del burn-out in sei classi, rispettivamente relative a: *carico di lavoro, autonomia decisionale, gratificazioni, senso di appartenenza, equità, valori*. Nella loro opera, Maslach e Leiter sostengono che il burn-out è dovuto principalmente ai fattori *oggettivi* dello stress professionale: le cause soggettive sono quindi secondarie nel determinare l'insorgenza della sindrome [cfr. Maslach - Leiter 1997].

2.4 Cause socio-culturali del burn-out

La velocità e la facilità con cui lo stress professionale porta alla sindrome di burn-out dipendono da numerosi fattori sociali e culturali. Alcuni di questi fattori sono stati messi in evidenza da C. Cherniss nella sua importante opera del 1983 sul burn-out [cfr. Cherniss 1983; Rossati - Magro 1999, 52-5]:

1. *Incremento della domanda*

La disgregazione del tessuto sociale comporta un grave aumento delle varie forme di disagio psicosociale e quindi un aumento della domanda ai servizi sociali. Gli operatori sociali si

trovano a fronteggiare un maggior numero di utenti con maggiori problemi, spesso senza un proporzionale aumento delle risorse a loro disposizione. Questa situazione aumenta lo stress degli operatori e può portare al burn-out.

2. *Diminuzione del sostegno informale*

Contemporaneamente all'aumento del disagio, si verifica una diminuzione o una scomparsa totale delle istituzioni informali di sostegno sociale: per esempio, è scomparso il poliziotto di quartiere che rappresentava una guida morale oltre che un tutore della legge (soprattutto negli Stati Uniti); anche la parrocchia non possiede la stessa influenza morale e psicologica di un tempo. Così, tutto il sostegno sociale e psicologico dei soggetti disagiati è a carico delle istituzioni formali: i Centri di Igiene Mentale, i Servizi per i tossicodipendenti, le comunità. Di conseguenza, lo stress degli operatori delle istituzioni formali tende ad aumentare.

3. *Sfiducia da parte degli utenti*

Gli utenti non hanno più fiducia nei servizi sociali e nei loro addetti. Sono costretti a ricorrervi spesso, ma si rivolgono ai servizi con astio e aggressività. Anche questo favorisce il passaggio da stress a burn-out.

4. *Svalutazione del lavoro in se stesso*

Un quarto aspetto da prendere in considerazione è la svalutazione sociale del lavoro in se stesso a favore del successo personale e del guadagno economico, con conseguente svalutazione di tutte le professioni sociali - professioni notoriamente poco pagate, nell'ambito delle quali il successo personale è molto relativo - ma in particolare della professione degli insegnanti, verso i quali l'atteggiamento della società è mutato nel tempo e oggi è diventato opprimente e aggressivo (P. Ranjard parla di «*insegnanti perseguitati*» dalla società, E. Fiorentini di «*professori disintegrati*» da «*amarezza, rabbia e frustrazioni*» [Rossati - Magro 1999, 90-1]).

2.5 Fattori di stress in comunità psichiatrica

La rilevazione dei fattori di stress professionale presso la comunità "Il Cicalotto" si basa esclusivamente sull'esperienza personale di chi scrive ed è quindi assolutamente soggettiva. Nell'ordinare tali fattori, nonostante si tratti di una rilevazione soggettiva, verrà utilizzato il modello di Cooper (modificato):

1. Fonti di stress intrinseche al servizio

a) Relative al lavoro.

Una delle principali fonti di stress è lo scarso riconoscimento economico. Lo stipendio percepito dagli operatori de “Il Cicalotto” è quello previsto dal Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori delle cooperative sociali, per il rinnovo del quale sono attualmente in corso le trattative; nel periodo di osservazione la retribuzione mensile *lorda* per un educatore non professionale era di lire 1.986.500 (38 ore settimanali), che è chiaramente una remunerazione assai poco soddisfacente; lo stipendio era ancora più esiguo per ADEST e ausiliari.

Nel periodo di osservazione la situazione era aggravata dal fatto che la maggior parte degli operatori era assunta con un contratto di lavoro part-time e quindi percepiva una remunerazione davvero modesta, benché proporzionale alle ore svolte. Chi scrive lavorava a tempo pieno, ma avvertiva come agente stressante il malcontento altrui.

Un'altra fonte di stress è il disagio di quegli operatori che si sentono “obbligati”, pur senza esserlo, a partecipare agli incontri organizzativi facoltativi. Chi scrive affrontava con ansia il fatto di dover scegliere tra la non partecipazione e la partecipazione non retribuita a tali incontri, che pure costituivano momenti importanti dell'organizzazione del lavoro. Anche l'eventuale ansia dei colleghi era fonte di stress.

Inoltre, un fattore di stress tipico di tutti i servizi psichiatrici residenziali è la difficile gestione dei rapporti con il territorio: quando si apre una comunità psichiatrica, la cittadinanza è spesso ostile o impaurita e occorrono mesi per vincerne la diffidenza ed essere “accolti”. In questo senso, “Il Cicalotto” non fa eccezione: gli abitanti della vallata non hanno mai celato i propri timori per l'apertura della struttura e questo “clima” inospitale si è ripercosso a lungo, in termini di stress, sugli operatori.

Ancora: come ogni struttura rinnovata, e non costruita ex novo, “Il Cicalotto” richiede spesso interventi di manutenzione. Nel periodo di osservazione, per esempio, sovente l'impianto idraulico non funzionava adeguatamente e questo intralcio, nel momento in cui ostacolava il lavoro degli operatori, era fonte di grandissimo stress.

Infine, dal punto di vista della turnistica, nel periodo di osservazione era in atto un sistema di rotazione per cui capitava di essere in turno con le stesse persone, e mai con altre, per lunghi periodi di tempo. Questo sistema tendeva a diventare molto stressante, soprattutto se vi era conflittualità tra i colleghi costantemente in turno assieme.

b) Relative all'utenza.

Gli utenti de "Il Cicalotto" sono tutti soggetti con patologia psichiatrica grave (schizofrenia paranoide, psicosi maniaco-depressiva, ecc.), cronici ed eteroaggressivi; molti sono affetti da complicazioni geriatriche anche gravi (per lo più malattie cardio-respiratorie). La maggioranza degli utenti fuma molte sigarette al giorno, si sporca e sporca gli ambienti; gli utenti in grado di comunicare sono molto insistenti con gli operatori nell'avanzare richieste, gli altri sono spesso estremamente rumorosi. L'interazione con questo tipo di utenza è profondamente stressante.

Come fattore secondario di stress va segnalata la grave carenza di notizie sugli utenti che talvolta accompagna il loro inserimento in comunità: non di rado gli operatori ricevono anamnesi miserrime e informazioni parziali sulla situazione legale e finanziaria degli utenti.

2. *Fonti di stress relative al ruolo*

Nel ruolo degli educatori e degli ADEST de "Il Cicalotto", nel periodo di osservazione, vi era un elemento di ambiguità, perché i rispettivi mansionari in parte si sovrapponevano: la *responsabilità* delle attività educative strutturate, per esempio, era prerogativa degli educatori ma la *conduzione* delle stesse era affidata ad entrambe le figure professionali, senza una chiara distinzione nei compiti di conduzione.

Chi scrive ha percepito come particolarmente stressante il proprio duplice ruolo di educatore e referente interno della cooperativa. Nel ruolo di educatore, chi scrive aveva come diretto superiore il Direttore tecnico della comunità; nel ruolo di referente interno della cooperativa, come superiori aveva i dirigenti della cooperativa, *tra i quali però non vi era il Direttore del servizio, perché socio di altra cooperativa*. Così, per tutto quello che riguardava il servizio, i compiti di chi scrive erano stabiliti dal Direttore; ma per tutto quello che riguardava la cooperativa, i compiti di chi scrive erano stabiliti da tutt'altre persone. Inevitabilmente, per tutto ciò che riguardava sia la cooperativa, sia il servizio, vi era la possibilità costante di ricevere indicazioni contraddittorie (conflitto di ruolo); inoltre, poiché le responsabilità che aveva come referente della cooperativa erano molto maggiori del potere decisionale esercitato come educatore, chi scrive lavorava in una condizione di sistematico sovraccarico di ruolo. Il mansionario relativo al ruolo di referente, infine, comprendeva alcune mansioni molto generiche (ad esempio: "fare da tramite tra il Direttore del servizio e il Presidente della cooperativa") e altre che si sovrapponevano a quelle del responsabile del personale, rendendo il tutto poco chiaro e molto stressante (ambiguità di ruolo).

3. Fonti di stress relative alla carriera

Chi scrive non ha rilevato alcun fattore di stress direttamente collegato allo sviluppo della carriera degli operatori.

4. Fonti di stress relazionali

Nel periodo di osservazione la principale fonte di stress rilevata da chi scrive era inerente al fatto che il servizio è gestito da un consorzio di cooperative e gli operatori appartengono a cooperative diverse. Tutte le volte che vi erano momenti di tensione tra le cooperative del consorzio, il contrasto si ripercuoteva negativamente sul servizio, perché creava disaccordo tra gli operatori (quelli più coinvolti nelle vicissitudini “politiche” delle cooperative).

Un'altra importante fonte di stress, dovuta alla tipologia degli utenti, consiste nella difficoltà di trovare del tempo specifico da utilizzare per scambiarsi i feedback e per ricevere il feedback dal Direttore dopo aver svolto le varie attività educative.

5. Fonti di stress relative all'équipe

L'équipe de “Il Cicalotto”, nel momento in cui si è costituita, era composta da molti giovani con poca esperienza nel campo dei servizi sociali. La mancanza di esperienza è stata fonte di non poco stress lavorativo, perché ha comportato una considerevole lentezza nel rendere operative le “miniéquipe” incaricate di seguire i progetti educativi individuali e una certa difficoltà nel creare un gradevole “spirito d'équipe”.

2.6 Fattori di stress in comunità per tossicodipendenti

La rilevazione dei fattori di stress professionale presso la comunità “Riviera Flowers” si basa, esattamente come per “Il Cicalotto”, sull'esperienza personale di chi scrive ed è quindi assolutamente soggettiva. Anche in questo caso, nell'ordinare i fattori di stress, verrà utilizzato il modello di Cooper (modificato):

1. Fonti di stress intrinseche al servizio

a) Relative al lavoro.

Esattamente come per gli operatori de “Il Cicalotto”, anche per gli operatori di “Riviera Flowers” una delle principali fonti di stress è lo scarso riconoscimento economico. Lo stipendio

loro, anche in questo caso, è quello previsto dal Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori delle cooperative sociali ed è quindi palesemente insoddisfacente: lire 1.986.500 (mensili).

b) Relative all'utenza

L'utenza è certamente la più consistente fonte di stress del servizio. Il rapporto che si crea con i soggetti tossicodipendenti è infatti molto particolare e difficile, per varie ragioni: innanzitutto, una volta disintossicati, gli utenti si presentano come persone del tutto normodotate, spesso sensibili e intelligenti, a cui è facile affezionarsi e verso le quali *le aspettative degli operatori tendono a divenire molto elevate*.

Inoltre, in molti casi, gli utenti sostituiscono alla loro dipendenza dalle sostanze psicoattive una forte *dipendenza dagli operatori*, complicando sia il proprio percorso (finalizzato al raggiungimento dell'autonomia), sia il rapporto con gli operatori. Gli operatori rischiano di rimanere "invischiati" nel rapporto di dipendenza instaurato dagli utenti verso di loro e di diventare a loro volta "dipendenti" da tale rapporto.

Infine, quando un utente abbandona il programma terapeutico o ha una ricaduta (ricomincia ad assumere droghe), per gli operatori la frustrazione è tanto più grande quanto più l'utente era avanti nel programma; nei casi più gravi, quando la ricaduta avviene a programma terminato, la frustrazione che colpisce gli operatori è enorme. E le ricadute, anche a programma terminato, sono purtroppo un evento frequente.

2. *Fonti di stress relative al ruolo*

Nel periodo di osservazione, chi scrive non ha rilevato alcun fattore di stress direttamente collegato al ruolo occupato dagli operatori nell'organizzazione del servizio.

3. *Fonti di stress relative alla carriera*

Chi scrive non ha rilevato alcun fattore di stress direttamente collegato allo sviluppo della carriera degli operatori.

4. *Fonti di stress relazionali*

Sono molte le relazioni stressanti in cui gli operatori si trovano coinvolti. Si tratta di relazioni stressanti perché in esse è sempre necessario "negoziare". In primo luogo è necessario negoziare con i volontari, che rivestono grande importanza nell'équipe (e su cui le aspettative del servizio sono elevate), i quali, non avendo alcuna responsabilità contrattuale, talvolta si rivelano imprevedibili e destabilizzano l'organizzazione.

Gli operatori devono negoziare anche con tutti i "colleghi" dei servizi che operano in rete con la comunità: tutte le altre strutture de "L'Ancora", le cooperative di tipo B, i SERT, il

C.S.S.A., i CIM e gli SPDC della provincia. Con gli operatori di ciascuno di questi servizi è necessario concordare interventi e progetti a breve, medio e lungo termine.

6. *Fonti di stress relative all'équipe*

Chi scrive non ha rilevato alcun fattore di stress relativo all'équipe, i cui membri nel periodo di osservazione apparivano affiatati e per nulla refrattari alla collaborazione.

3. Prevenzione e cura del burn-out

3.1 Le dimensioni della prevenzione

La sindrome di burn-out, come si dirà più avanti [cfr. §3.8], può essere curata solo con cambiamenti radicali nella vita professionale dell'operatore in burn-out; spesso quest'ultimo necessita inoltre di adeguata psicoterapia. Poiché si tratta di interventi drastici, non sempre è possibile metterli in atto: molto più realistica appare l'ottica della prevenzione. Le strategie che verranno descritte dovrebbero essere considerate condizioni *necessarie* per un'adeguata prevenzione; non sono tuttavia condizioni *sufficienti*, perché nonostante tutto molti avvenimenti sui quali gli individui e i gruppi non hanno alcun controllo possono portare al burn-out: «*i genitori muoiono, le relazioni finiscono, i colleghi se ne vanno*» [Mosher - Burti 1991, 239].

La prevenzione è in parte una responsabilità del singolo operatore e in parte un dovere dell'organizzazione. Nel prevenire il burn-out, l'operatore ha delle responsabilità verso se stesso, verso gli utenti, verso i colleghi e verso i superiori. Dal canto suo, l'organizzazione ha sia il dovere di riconoscere gli operatori "a rischio" già in ambito di selezione del personale (prevenzione primaria), sia il dovere di rendere "strutturali" le tecniche di prevenzione specifiche (prevenzione secondaria) [Levrero 1998, 88].

Strategie di prevenzione del burn-out	Responsabilità del singolo operatore		
	Doveri dell'organizzazione	Prevenzione primaria	<i>Selezione del personale</i>
		Prevenzione secondaria	<i>Tecniche specifiche</i>
			<i>Compiti del Direttore</i>

3.2 Le responsabilità del singolo operatore

G. S. Bernstein e J. A. Halaszyn illustrano le seguenti responsabilità [cfr. Bernstein - Halaszyn 1989]:

1. *Responsabilità verso se stesso*

- a) Conoscere le proprie motivazioni: perché si è scelta questa professione?
- b) Conoscere i propri limiti (fallimenti, errori, antipatie, automatismi, bisogni) e i limiti del servizio (poco denaro, poca conoscenza, scelte non facili);
- c) adeguare le proprie aspettative alla realtà (di se stessi, del servizio, degli utenti);
- d) «pensare positivo» senza farsi sopraffare dai pensieri irrazionali controproducenti (cioè dal proprio cosiddetto “sabotatore interno”);
- e) badare alla salute fisica;
- f) controllare lo stress:
 - stabilire obiettivi chiari e precisi per il controllo dello stress;
 - programmare le strategie per raggiungere tali obiettivi (il controllo dello stress non può essere improvvisato, va pianificato per tempo);
 - realizzare con gradualità ciò che si è programmato;
 - verificare regolarmente obiettivi e strategie (nel tempo cambia lo stress e di conseguenza devono cambiare le modalità con cui lo si controlla);
 - gratificarsi per i risultati ottenuti nel controllare lo stress;
- g) programmare la propria crescita professionale e personale: frequentare corsi universitari, corsi di aggiornamento, workshop, seminari; entrare in organizzazioni professionali o avviarne.

2. *Responsabilità verso gli utenti*

La parola chiave è: *professionalità*. Più un operatore è professionale nei confronti degli utenti, maggiori sono le probabilità che non vada in burn-out. La “professionalità” comprende, tra le altre cose: rispetto, cortesia, assenza di giudizi morali, concretezza, interventi il meno invasivi possibile, atteggiamento proattivo, assenza di coinvolgimento sentimentale. La mancanza di professionalità provoca sensi di colpa e autosvalutazione, quindi stress e, a lungo andare, burn-out.

3. *Responsabilità verso i colleghi*

- a) Usare rispetto e cortesia;
- b) Comunicare in modo completo ed efficace:
 - Ascoltare con attenzione, riformulando le idee dell’interlocutore e verificando le proprie percezioni;
 - essere attenti alla comunicazione non verbale;
 - essere attenti al contenuto emozionale del linguaggio;

- utilizzare esempi concreti;
 - evitare il gergo professionale;
 - mettere per scritto gli accordi raggiunti;
 - dire solo ciò che può essere reso pubblico;
 - usare il feedback in modo efficace;
 - essere chiari (vincendo la paura di prendere posizione, di disconfermare le aspettative degli altri, di non piacere, ecc.);
 - chiedere aiuto all'interlocutore se non si riesce a comunicare adeguatamente con lui;
- c) Evitare, se possibile, le relazioni sentimentali/sessuali

Le relazioni con i colleghi sono molto rischiose, perché possono diventare fonte di grande stress [cfr. §2.3].

4. *Responsabilità verso i superiori*

- a) Usare rispetto, cortesia, comunicazione completa ed efficace (come nei confronti dei colleghi);
- b) utilizzare una certa diplomazia;
- c) stabilire un rapporto del tipo “adulto-adulto”; evitare di rapportarsi come “bambini” nei confronti di un “genitore”;
- d) non aspettarsi un rapporto di amicizia al di fuori dell'ambiente di lavoro.

3.3 La prevenzione primaria

In ambito di selezione del personale, la prevenzione consiste nell'individuare gli operatori “a rischio” di burn-out. Gli operatori “a rischio” sono quelli le cui caratteristiche di personalità sono le stesse che possono diventare fattori *soggettivi* di stress [cfr. §2.2].

Una volta individuati tali operatori tra i candidati, i responsabili della selezione possono:

- a) escludere i candidati;
- b) selezionare i candidati e costruire un progetto individuale di prevenzione per ciascun operatore “a rischio”.

3.4 La prevenzione secondaria

1. Tecniche specifiche di prevenzione

L. R. Mosher e L. Burti raccomandano le seguenti tecniche specifiche di prevenzione [Mosher - Burti 1991, 235-9]:

a) Esercizi didattici mirati

Come forma di prevenzione, l'équipe può eseguire esercizi didattici centrati su argomenti specifici, nell'ambito dei quali l'esperto esterno, o uno specialista interno, può trasmettere nuove conoscenze e nuove tecniche finalizzate a ridurre lo stress professionale (in particolare la componente relativa all'utenza). E' compito del Direttore Sanitario garantire che i bisogni dell'équipe ricevano risposta tempestiva e adeguata.

b) Gruppo per la soluzione dei problemi ("gruppo staff")

Al bisogno, lo staff si riunisce in gruppo e affronta i problemi sorti tra gli operatori. Le riunioni riservate allo staff sono una sorta di "terapia" per gli operatori, che hanno modo di chiarirsi utilizzando momenti e spazi predefiniti. Il gruppo può essere condotto dal Direttore Sanitario ma, secondo Mosher e Burti, sarebbe preferibile un supervisore esterno. Questi incontri devono essere programmati per rispondere ai problemi via via che si presentano. Il Direttore Sanitario deve garantire che ciò avvenga.

c) Discussione dei casi problematici con consulente

Regolarmente l'équipe si riunisce per discutere i casi difficili e complessi. L'incontro deve essere centrato sui problemi clinici (dei singoli utenti o di gruppi di utenti) e deve sostenere le posizioni individuali degli operatori, con le loro divergenze, senza perdere di vista l'obiettivo di far emergere alla fine un *consenso di gruppo*. E' opportuno che l'incontro venga condotto da un consulente che conosce gli utenti. Scopo principale degli incontri è di sviluppare approcci individualizzati ai problemi particolari di ogni utente ("programmazione terapeutica"). A seconda della tipologia dell'utenza, quando operatori e utenti concordano sull'utilità di ascoltare il punto di vista degli utenti stessi, questi ultimi possono essere invitati a partecipare alla riunione.

d) Apprendimento di nuove tecniche

L'apprendimento di nuove tecniche educative può avvenire in occasione di esercizi didattici mirati, in supervisione o durante le discussioni dei casi problematici. L'importante è che

gli operatori mettano in pratica le nuove tecniche all'interno di gruppi di colleghi da cui si sentono appoggiati.

e) Supervisione

La supervisione è uno dei momenti più importanti della prevenzione. Lo scopo è monitorare le condizioni psichiche degli operatori (relativamente all'ambito professionale).

f) Feste

Le feste sono un altro modo per assicurare la coesione, la fiducia e il rispetto reciproco all'interno dell'équipe. Le feste devono aver luogo al di fuori del setting professionale. Mosher e Burti raccomandano almeno due o tre feste serali all'anno.

g) Amicizie

I rapporti di amicizia tra operatori al di fuori del setting rappresentano un altro metodo di prevenzione del burn-out. I Direttori devono considerare tali amicizie qualcosa di apprezzabile, *ma che sostanzialmente non li riguarda*.

2. *Compiti specifici del Direttore*

Secondo Bernstein e Halaszyn, il Direttore tecnico ha i seguenti obblighi nei confronti degli operatori [Bernstein - Halaszyn 1989, 60-1]:

- a) Essere accessibile;
- b) essere coerente;
- c) chiarire gli obiettivi del servizio e i poteri degli operatori;
- d) rispettare tutti, anche gli operatori in disaccordo con lui;
- e) essere riservato;
- f) coinvolgere il più possibile gli operatori nelle decisioni;
- g) fornire un feedback completo ed efficace; tale feedback deve:
 - essere proattivo (cioè deve mettere in risalto gli interventi che vanno continuati piuttosto che quelli da non ripetere);
 - limitarsi a una situazione specifica;
 - tenere da parte i sentimenti del Direttore;
 - riguardare solo i comportamenti o le condizioni che dipendono dall'interlocutore;
 - arrivare al momento giusto;
 - includere una verifica di chiarezza (il Direttore domanda all'interlocutore di parafrasare quanto ha sentito);

- h) formare gli operatori con l'esempio⁴;
- i) esprimersi in pubblico solo con parole di apprezzamento;
- j) criticare (costruttivamente) gli operatori solo in privato.

3.5 Strategie di prevenzione nelle due comunità

Le strategie organizzative delle due comunità prese in considerazione hanno in comune alcune scelte di fondo, ma si differenziano nella strutturazione di tutte le tecniche specifiche di prevenzione. In particolare, la formazione permanente degli operatori fa parte della strategia preventiva di entrambe le comunità; esercizi mirati alla prevenzione, con o senza consulenti, sono invece pressoché assenti in ambedue.

La formazione permanente degli operatori de “Il Cicalotto”, essendo la struttura una comunità prevalentemente assistenziale, è orientata alla formazione di base, cioè all’assistenza infermieristica e alla cura della persona. Nel periodo di osservazione, gli operatori socio-assistenziali hanno potuto frequentare un corso provinciale di riqualificazione al termine del quale hanno conseguito il diploma di ADEST (Assistente Domiciliare E nei Servizi Tutelari); inoltre educatori, ADEST qualificati e IP hanno frequentato lezioni sull’assistenza infermieristica (terapia farmacologica, diagnostica, anamnesi) tenute presso “Il Cicalotto” dal Direttore Sanitario, con cadenza mensile. Solitamente la lezione sostituiva la riunione d’équipe settimanale.

La formazione permanente degli operatori di “Riviera Flowers”, essendo la comunità quasi esclusivamente riabilitativa, è orientata verso l’aggiornamento degli educatori e la specializzazione degli psicologi. Nel periodo di osservazione, gli educatori hanno frequentato un corso di riqualificazione per il riconoscimento a livello regionale di professionalità nel ruolo di educatori. Gli psicologi hanno potuto frequentare corsi post-universitari di specializzazione.

E’ scelta comune ai due servizi quella di dedicare spazio e risorse alla formazione permanente degli operatori e alle altre tecniche specifiche di seguito esposte, rinunciando per evidenti motivi di tempo all’attuazione di esercizi mirati alla prevenzione del burn-out. Una scelta più che condivisibile, tenuto conto del fatto che esercizi mirati possono essere organizzati

⁴ A questo proposito V. Berlincioni, L. Franchi e G. Weiss osservano che per insegnare agli operatori ad ascoltare e comprendere gli utenti, a immedesimarsi nei loro problemi e ad astenersi dal giudicarli, il

“all’occorrenza” in tempi piuttosto rapidi, mentre la formazione permanente degli operatori non può essere improvvisata, anzi richiede un’adeguata attenzione e progettazione a lungo termine.

3.6 La prevenzione in comunità psichiatrica

Nel periodo di osservazione, le strategie organizzative di prevenzione de “Il Cicalotto” si caratterizzavano per una mancanza quasi totale di strutturazione: non vi erano spazi o tempi predisposti né per il feedback, né per i chiarimenti tra operatori; la riunione d’*équipe* settimanale era per lo più orientata alla trattazione di problematiche relative agli utenti, ma una volta al mese diventava una lezione di formazione, altre volte una supervisione ed eccezionalmente addirittura un gruppo per i chiarimenti tra operatori. Questa destrutturazione permetteva di trasformare qualsiasi interazione tra operatori, o tra Direttore e operatori, in un momento di feedback, in un chiarimento, in una verifica da parte del Direttore, in uno spazio per la supervisione interna o in quant’altro, a seconda delle esigenze. In questo modo gli spazi dedicati esclusivamente agli operatori erano molto limitati e tuttavia, secondo necessità, gli stessi spazi potevano essere usati nei modi più diversi.

**POCHI SPAZI MOLTO DUTTILI,
UTILIZZATI SECONDO IL BISOGNO**

L’esigenza di concentrare in spazi limitati le interazioni tra operatori, o tra Direttore e operatori, è dovuta al fatto che l’utenza de “Il Cicalotto” non è autosufficiente, pertanto è necessaria la presenza continua di operatori che controllino a vista, costantemente, il numero maggiore possibile di utenti. Ogni momento dedicato ai soli operatori, escludendo gli utenti, richiede quindi che almeno uno o due operatori, a rotazione, verifichino la situazione di tutti gli utenti; si tratta di un impegno molto gravoso e assai stancante ed è per questo che è indispensabile non moltiplicare eccessivamente tali momenti.

Un’alternativa all’interazione *in spazi esclusivi* è quella delle interazioni tra operatori *in presenza degli utenti*, le cosiddette interazioni “al volo”. E’ questa la modalità principale con cui

formatore deve a sua volta *ascoltare e comprendere gli operatori, immedesimarsi nei loro problemi, astenersi dal giudicarli* [cfr. Berlincioni *et al.* 1997].

interagivano gli operatori de “Il Cicalotto”; il vantaggio è appunto quello di non dover interrompere il monitoraggio degli utenti mentre gli operatori interagiscono tra loro; lo svantaggio è quello di non avere a disposizione spazi protetti e momenti predisposti per le tecniche di prevenzione del burn-out e quindi di essere facilmente interrotti e di non potersi mai concentrare completamente.

Le varie tecniche di prevenzione verranno esaminate una ad una, valutando vantaggi e svantaggi di ciascuna. La valutazione si basa solo ed esclusivamente sull’esperienza personale di chi scrive ed è pertanto assolutamente soggettiva.

- *Feedback tra operatori e feedback tra Direttore tecnico e operatori*

Descrizione: al termine di ciascuna attività strutturata e non, al rientro dalle uscite e alla fine di ogni turno, gli operatori vanno nell’ufficio al piano e, se il Direttore è disponibile, gli passano le informazioni principali e ricevono da lui il feedback; se il Direttore non è disponibile e se gli utenti non richiedono interventi nell’immediato, gli operatori si scambiano “al volo” opinioni o commenti sugli eventi più significativi.

Vantaggi: se il Direttore è disponibile, il feedback è immediato; non dovendo cercare uno spazio protetto per lo svolgimento di tale interazione, non si perde neppure un istante; dall’ufficio al piano, o scambiandosi il feedback “al volo”, è possibile monitorare gli utenti.

Svantaggi: nel periodo di osservazione, spesso il Direttore non era immediatamente disponibile (impegnato in colloqui, telefonate, lavoro al computer, ecc.) e quindi non poteva ricevere gli operatori; inoltre questi ultimi non riuscivano a scambiarsi il feedback “al volo”; il risultato era che il feedback non c’era quasi mai. Addirittura il feedback dopo l’attività strutturata del “gruppo itinerante”, coordinata da chi scrive, non è mai avvenuto (chi scrive ha ricevuto il feedback del Direttore un’unica volta, in sede di verifica; tuttavia non essendo la verifica una tecnica di prevenzione del burn-out, tale feedback non va considerato parte di una strategia di prevenzione).

- *Chiarimenti tra operatori e tra Direttore e operatori*

Descrizione: non essendo previsto un “gruppo staff” dedicato appositamente ai chiarimenti tra operatori, tutte le volte che vi è uno scontro tra operatori il chiarimento riparatore è interamente lasciato all’iniziativa degli stessi; lo stesso vale per i chiarimenti tra operatori e Direttore.

Vantaggi: si evita il sovraccarico di incontri tra operatori; non si toglie spazio alle interazioni tra operatori e utenti.

Svantaggi: gli operatori non sempre sono in grado di strutturare dei momenti di chiarimento e i chiarimenti “al volo” non funzionano; le conseguenze sono che le tensioni tra operatori non si risolvono immediatamente e tendono ad accumularsi fino a creare delle vere e proprie spaccature nell'équipe; quando i conflitti diventano preoccupanti, la riunione d'équipe settimanale viene utilizzata come gruppo di chiarimento, ma ciò toglie spazio all'approfondimento dei casi e comunque assai difficilmente si dimostra una risposta sufficiente.

- *Riunione d'équipe settimanale (con Direttore Sanitario e medico di base)*

Descrizione: la riunione si svolge con cadenza settimanale e dura due ore; partecipa l'équipe al completo; normalmente è presieduta dal Direttore Sanitario ed è orientata ad approfondire le problematiche relative all'utenza e a stabilire le linee di condotta che gli operatori devono seguire con gli utenti; all'occorrenza, si trasforma in una vera e propria supervisione da parte del Direttore Sanitario; se vi sono conflitti irrisolti tra gli operatori, può essere utilizzata come gruppo di chiarimento; una volta al mese circa, viene sostituita da una lezione tenuta dal Direttore Sanitario a cui partecipano solo educatori, ADEST e IP; se il Direttore Sanitario non è presente, viene condotta dal Direttore tecnico e si trasforma in una riunione puramente organizzativa.

Vantaggi: l'estrema duttilità dell'incontro, che viene utilizzato in molti modi diversi in base ai bisogni dell'équipe (la valutazione è del Direttore tecnico).

Svantaggi: la destrutturazione di questo spazio può ingenerare confusione nell'équipe e può rendere ambiguo il ruolo del Direttore Sanitario, che in questa sede è alternativamente: tecnico, formatore, supervisore; nei periodi in cui i bisogni dell'équipe sono molteplici (problemi con gli utenti, problemi organizzativi, stanchezza degli operatori, conflitti tra colleghi), le due ore settimanali si rivelano clamorosamente insufficienti.

- *Supervisione esterna*

Descrizione: l'équipe è suddivisa in due gruppi composti da educatori, IP, ADEST e ausiliari; è prevista una seduta al mese, a cui i due gruppi partecipano alternandosi: in questo modo ciascuno dei due gruppi partecipa alla supervisione una volta ogni due mesi; alla supervisione partecipa anche un gruppo che costituisce metà dell'équipe di un'altra comunità psichiatrica (“Villa Perla”); la supervisione dura due ore, si svolge in separata sede ed è condotta da un medico psichiatra psicoterapeuta, esterno al servizio.

Vantaggi: tutti quelli propri della supervisione; accedono alla supervisione tutti i membri dell'équipe, ausiliari compresi.

Svantaggi: essendo un appuntamento così sporadico, i risultati si possono riscontrare solo in tempi molto lunghi; essendo cospicuo il numero di operatori supervisionato, il tempo specifico dedicato a ciascuno è estremamente ridotto; i partecipanti alla supervisione hanno anzianità professionali molto diverse, il che può creare disagio negli operatori professionalmente più giovani.

- *Riunioni facoltative*

Descrizione: una volta ogni 6-8 settimane, per ciascuna qualifica viene indetta una riunione di 1 ora circa (una riunione per gli educatori, una per gli IP, una per ADEST e una per ausiliari); si tratta di un incontro facoltativo (non retribuito), dedicato ad aspetti organizzativi del lavoro; le riunioni vengono condotte dal Direttore tecnico oppure dal datore di lavoro (il Presidente della cooperativa).

Vantaggi: gli incontri sono facoltativi, quindi non costituiscono ulteriore carico di lavoro per gli operatori; possono essere considerati parte della strategia di prevenzione del burn-out in quanto rivolti a tutti gli operatori che percepiscono come stressanti gli aspetti organizzativi del lavoro.

Svantaggi: la partecipazione facoltativa rischia di creare spaccature tra chi partecipa e chi no; se vengono prese decisioni in tale sede, i presenti sono obbligati a comunicarle, motivandole, al resto dell'equipe e ciò comporta dispendio di tempo ed energie; il fatto che le riunioni non siano retribuite può creare frustrazione in chi si sente comunque "moralmente obbligato" a partecipare; il ruolo del Direttore tecnico in queste riunioni può divenire ambiguo; la presenza occasionale del datore di lavoro può creare confusione di ruoli.

- *Gruppi di auto-aiuto per operatori*

Descrizione: vengono indetti *una tantum* incontri tra operatori occupati in varie comunità psichiatriche, per confrontare le rispettive linee di condotta nella gestione di problematiche specifiche attinenti la vita comunitaria (gestione del denaro, del caffè, delle sigarette).

Vantaggi: il confronto con operatori di altri servizi su problematiche organizzative può essere esteso alle strategie di prevenzione del burn-out.

Svantaggi: i gruppi di auto-aiuto aumentano gli spazi dedicati alle problematiche organizzative e c'è il rischio che agli operatori non sia chiaro qual è la sede più idonea per affrontare tali questioni.

3.7 La prevenzione in comunità per tossicodipendenti

Nel periodo di osservazione, chi scrive ha potuto constatare che le strategie di prevenzione del burn-out di “Riviera Flowers” sono strutturate in modo assai rigido e, rispetto a quelle de “Il Cicalotto”, seguono più da vicino le raccomandazioni di Mosher e Burti. I momenti dedicati agli operatori sono numerosi e le modalità con cui interagiscono gli operatori in tali momenti sono accuratamente predefinite. Non vi sono eccezioni al modo in cui vengono utilizzati gli spazi dedicati alla prevenzione e anche la loro durata è pressoché costante; l’unica variabile significativa rimane la frequenza del gruppo staff, che viene indetto più o meno sporadicamente a seconda delle necessità dell’équipe.

**MOLTI MOMENTI DIVERSI, PER
MOLTE INTERAZIONI DIVERSE**

La possibilità di dedicare molti spazi di lavoro alle interazioni fra operatori, o fra operatori e Direttore, è legata al fatto che gli utenti della comunità sono tutti autosufficienti e sono perfettamente in grado di rimanere soli (all’interno della comunità) per brevi periodi. Tuttavia, la maggior parte degli utenti tende ad instaurare dei rapporti di dipendenza psicologica nei confronti degli operatori e molti utenti non ritengono mai sufficiente il tempo specifico dedicato loro; pertanto tendono a non accettare serenamente che gli operatori si occupino anche della prevenzione del burn-out: vorrebbero essere continuamente al centro dell’attenzione e vorrebbero che gli operatori fossero costantemente a loro disposizione. Quando ciò non avviene, spesso diventano irritabili e polemici, smettono di partecipare alle attività, si chiudono in se stessi oppure assumono atteggiamenti provocatori.

Anche in questo caso le varie tecniche di prevenzione possono essere esaminate in modo dettagliato, elencando vantaggi e svantaggi di ciascuna. La valutazione è soggettiva perché si basa esclusivamente sull’esperienza personale di chi scrive.

- *Incontro organizzativo*

Descrizione: nel primo giorno feriale di ogni settimana, dopo aver ricevuto le consegne da parte degli operatori in turno nel fine settimana precedente, l’équipe dedica 1 ora all’organizzazione della settimana (attività e interventi principali, uscite, eventi importanti, conferma degli appuntamenti, verifica della correttezza dei turni della settimana).

Vantaggi: pur non essendo di per sé una tecnica di prevenzione, questo tipo di incontro generalmente garantisce che per il resto della settimana le questioni organizzative non sottrarranno tempo agli operatori, i quali potranno quindi lavorare per prevenire il burn-out in tutti gli altri momenti specificamente previsti per loro.

Svantaggi: la visione d'insieme del carico di lavoro settimanale previsto può essere scoraggiante; gli imprevisti possono comunque rendere necessari altri momenti organizzativi.

- *Colloqui con il Direttore tecnico*

Descrizione: nonostante il Direttore sia spesso nell'ufficio al piano, a "Riviera Flowers" vi è la consuetudine di non parlare mai con lui "al volo", se non per comunicazioni veramente brevi o poco importanti; al contrario, vi è l'abitudine di fissare con lui un appuntamento a distanza di 2-7 giorni, per avere un colloquio di 30 min.-1 ora in un locale protetto.

Vantaggi: poiché avviene in uno spazio protetto, il colloquio con il Direttore non subisce quasi nessuna interruzione (vengono passate solo le telefonate urgenti); nonostante il colloquio avvenga dopo qualche giorno, il fatto stesso di aver fissato un appuntamento dà agli operatori la sensazione di essere "accolti" dal Direttore; inoltre, se gli operatori riescono a organizzare adeguatamente il discorso, possono concentrare nello spazio loro dedicato tutti i dubbi, le perplessità, le osservazioni e l'eventuale disagio maturati nei giorni precedenti; il vantaggio per il Direttore è la possibilità di organizzare in modo ottimale il proprio tempo.

Svantaggi: il colloquio non è immediato come un'interazione "al volo", pertanto l'operatore deve imparare a riconoscerne il bisogno per tempo; per essere utilizzato al meglio, il colloquio richiede una buona capacità di "organizzazione mentale" (priorità, chiarezza, sintesi).

- *Feedback tra operatori e feedback tra operatori e Direttore tecnico*

Descrizione: dopo ogni gruppo terapeutico, dopo ogni attività culturale coordinata dagli educatori, dopo ogni uscita problematica e dopo ogni intervento "difficile", lo staff si riunisce insieme al Direttore tecnico in un locale protetto; ciascun operatore mette al corrente gli altri di quanto è avvenuto *ed esterna il proprio vissuto emotivo*; dagli altri operatori e dal Direttore riceve un feedback sia sul lavoro svolto con gli utenti, sia su quanto ha provato. I problemi più seri vengono inseriti nell'ordine del giorno della successiva riunione d'équipe e, in caso di grave malessere degli operatori, viene indetto un gruppo staff per il primo pomeriggio libero. Il feedback dura mediamente 30 min.

Vantaggi: i continui feedback rafforzano enormemente lo "spirito d'équipe" degli operatori, permettono agli stessi di essere informati e consapevoli del lavoro degli altri, di interagire con gli utenti in modo sincronizzato e complementare, di chiedere immediatamente

aiuto in caso di problemi tecnici o disagio emotivo; la tensione degli operatori non viene ignorata e quindi non si accumula; nelle ore successive (o addirittura nei giorni successivi) la comunicazione tra gli operatori e tra il Direttore e gli operatori è molto facilitata ed efficace.

Svantaggi: i continui feedback tra operatori talvolta non vengono compresi dagli utenti, che hanno il timore che gli operatori li “trascurino” per occuparsi dei *propri* problemi.

- *Riunione d'équipe settimanale (con Direttore Sanitario)*

Descrizione: la riunione settimanale viene condotta dal Direttore Sanitario ed è dedicata alle problematiche dell'utenza; è divisa in due momenti separati: nel primo, che richiede circa 30 min., l'équipe fornisce allo psichiatra una veloce “panoramica” sugli utenti più problematici e su un utente in particolare, il cui caso verrà poi discusso in modo approfondito nel secondo momento. Tra il primo e il secondo momento della riunione, il Direttore Sanitario riceve gli utenti più problematici e l'utente a cui è dedicato l'approfondimento, per svolgere dei colloqui terapeutici. Nel frattempo, l'educatore che ha compilato la cartella dell'utente prepara una sintesi scritta dell'anamnesi. L'approfondimento del caso si svolge nei seguenti tempi, che richiedono circa 15 minuti l'uno: a) l'educatore legge la propria sintesi dell'anamnesi e, se esiste già, il progetto individualizzato; b) gli psicologi leggono i risultati dei test o relazionano sui colloqui psicoterapeutici svolti con l'utente; c) il Direttore Sanitario comunica gli esiti del colloquio (e l'eventuale aggiustamento della terapia psicofarmacologica) e propone una “linea” terapeutica per l'utente; d) l'équipe discute la linea proposta; e) vengono stabiliti gli obiettivi riabilitativi da raggiungere o, se esiste già un progetto individualizzato, le eventuali modifiche da apportarvi; f) su apposito registro vengono annotate tutte le decisioni prese.

Vantaggi: la riunione permette di costruire all'interno dell'équipe quel «consenso di gruppo» che, secondo Mosher e Burti, è uno degli elementi chiave per prevenire il burn-out [Mosher - Burti 1991, 237-8]. Gli operatori sanno (e sentono) di muoversi entro una “linea” concordata con i colleghi e i Direttori, conoscono gli obiettivi da raggiungere e possono adeguare il proprio operato e le proprie aspettative a tali obiettivi.

Svantaggi: nessuno.

- *Gruppo staff*

Descrizione: il gruppo staff è un incontro di 2 ore che si svolge in un locale predefinito ogni 1-3 settimane, secondo la valutazione del Direttore tecnico; la valutazione si basa sulla quantità e la gravità dei problemi sorti tra gli operatori (o tra operatori e Direttore). Gli operatori e il Direttore si siedono in cerchio, esternano i propri vissuti emotivi (rabbia, paura, tristezza), si

chiariscono tra loro e individuano cause e soluzioni dei problemi. Il gruppo non riceve telefonate e non ammette interruzioni tranne che per casi di emergenza.

Vantaggi: il gruppo staff, come sostenuto da Mosher e Burti, è efficacissimo nella prevenzione del burn-out; non solo risolve i problemi sorti tra operatori, ma accresce la coesione dello staff.

Svantaggi: vengono sottratte altre due ore al lavoro svolto con gli utenti; ogni volta è necessario individuare uno o più membri dell'équipe (obiettivi di coscienza, volontari, altri) che da soli controllino la situazione di tutta la comunità e rispondano al telefono.

- *Supervisione esterna*

Descrizione: la supervisione viene condotta da uno psicologo psicoterapeuta esterno alla comunità e si svolge sempre fuori sede. I destinatari, esclusivamente educatori e psicologi, sono stati divisi in due gruppi, gruppo “junior” e gruppo “senior”, in base all'anzianità di servizio e alle caratteristiche individuali, e ciascun gruppo partecipa a una seduta di supervisione di 1,5 ore ogni 3 settimane. Alla seduta partecipano altri operatori, selezionati in base ai medesimi criteri, che lavorano in un'altra struttura dello stesso servizio (“Villa Fanny”).

Vantaggi: tutti quelli propri della supervisione; la suddivisione in due gruppi omogenei e la presenza di operatori che, benché non appartenenti alla stessa comunità, lavorano comunque nello stesso servizio, facilita l'interazione tra i partecipanti e la loro disponibilità a lavorare in supervisione.

Svantaggi: non accedono alcune delle figure importanti dell'équipe, tra cui volontari e consulenti; svolgendosi fuori sede, la supervisione lascia la comunità in regime di personale ridotto per mezza giornata.

3.8 Come guarire dal burn-out

Cosa fare quando è troppo tardi? Cosa può fare un operatore sociale quando riconosce in sé i sintomi del burn-out?

L'unica cura per il burn-out è *introdurre un cambiamento radicale nella propria vita professionale*. In aggiunta a tale cambiamento, può essere necessario *un periodo di psicoterapia*.

Oltre ad essere terapeutico, un cambiamento radicale può essere un modo per evolvere professionalmente rimanendo nel campo del sociale. Bernstein e Halaszyn propongono dieci direzioni verso cui può evolvere una professione sociale [Bernstein - Halaszyn 1989, 134]:

1. Cambiare il tipo di utenza;
2. Sviluppare le proprie abilità professionali iscrivendosi a una scuola di formazione;
3. Diventare amministratori o manager nel campo dei servizi sociali;
4. Diventare formatori nel campo dei servizi sociali;
5. Dedicarsi all'organizzazione dei servizi sociali;
6. Impegnarsi politicamente per i servizi sociali;
7. Dedicarsi agli aspetti giuridici, economici o medici dei servizi sociali;
8. Diventare supervisori nel campo dei servizi sociali;
9. Dedicarsi alla ricerca applicata al sociale;
10. Scrivere testi.

Come si può vedere, non sempre la possibilità di realizzare questi cambiamenti è realistica. Per questa ragione, tutti gli studiosi della sindrome di burn-out raccomandano agli operatori e ai coordinatori dei servizi di fare grossi investimenti sulla *prevenzione*.

Per dirlo con le parole di Christina Maslach: «*un grammo di prevenzione vale quanto mezzo chilo di cura*» [Rossati - Magro 1999, 131].

Conclusioni

In questa ricerca la sindrome di burn-out è stata presentata come *una risposta psicofisica* allo stress professionale, *di tipo disfunzionale*. La sindrome è caratterizzata da precisi sintomi psichici, comportamentali e somatici che sono stati descritti.

L'eziologia della sindrome e le strategie di prevenzione sono state esaminate sia in generale, sia in riferimento alle due comunità presso le quali ha prestato servizio chi scrive.

In generale, come si è detto, gli esperti ritengono che il burn-out sia un fenomeno psicosociale, causato da fattori individuali (lo stress professionale) e fattori socio-culturali. Presso la comunità “Il Cicalotto”, nel periodo di osservazione, chi scrive è stato soggetto a numerosi fattori di stress professionale, tra cui: la remunerazione poco soddisfacente; i rapporti problematici con il territorio; la turnistica difficile; l'utenza gravissima e cronica; il sovraccarico di ruolo; la sporadicità dei momenti di feedback. Presso la comunità “Riviera Flowers”, nel periodo di osservazione, chi scrive è stato soggetto ai seguenti fattori di stress: la remunerazione poco soddisfacente; l'utenza estremamente difficile; la continua necessità di “negoziazione” all'interno dell'équipe e tra l'équipe e i colleghi dei servizi operanti in rete. Per quanto sopra, *chi scrive ritiene di essere stato esposto a un elevato rischio di burn-out in entrambe le comunità*.

Per quanto riguarda la prevenzione, si è visto che gli studiosi distinguono strategie del singolo operatore e strategie organizzative. Tra queste ultime: la selezione del personale, le tecniche specifiche di prevenzione e le responsabilità del Direttore in fatto di prevenzione. Limitando l'attenzione alle tecniche specifiche di prevenzione, chi scrive ha rilevato che, presso entrambe le comunità, considerevoli risorse vengono dedicate alla formazione permanente degli operatori. Presso “Il Cicalotto”, oltre a quelli utilizzati per la formazione, esistono pochi momenti dedicati agli operatori. Tuttavia, i momenti d'incontro degli operatori sono poco strutturati e possono quindi essere utilizzati in molti modi diversi, con “elasticità”, a seconda delle esigenze dell'équipe. Presso “Riviera Flowers”, oltre allo spazio per la formazione permanente, esistono molti momenti strutturati dedicati alla prevenzione: colloqui con il

Direttore, incontri per il feedback, gruppo staff, riunioni organizzative, riunione d'équipe e supervisione esterna. L'impianto strategico di prevenzione di "Riviera Flowers" richiede che vengano dedicate alle interazioni tra operatori molte ore di lavoro, la qual cosa può talvolta creare problemi con gli utenti, ma solo in questo modo tutte le più importanti tecniche specifiche di prevenzione raccomandate dagli esperti possono essere messe in atto regolarmente.

In conclusione, in base alla propria esperienza come educatore, alle osservazioni effettuate e ai dati raccolti in prima persona presso le due comunità, chi scrive ritiene che la sindrome di burn-out sia una patologia professionale complessa e da non sottovalutare, forse ancora poco studiata, che siano molti i fattori causali che possono determinarne l'insorgenza e che tutti i servizi operanti in campo sociale dovrebbero fare consistenti investimenti per organizzarne seriamente la prevenzione.

Bibliografia

Berlincioni V. - Franchi L. - Weiss G.

1997 “La difficile costituzione dell’identità professionale: esperienze di formazione di uno specializzando in psichiatria”, in **Di Marco** [1997], pp.257-62

Bernstein G. S. - Halaszyn J. A.

1989 *Io, operatore sociale*, Erickson, Trento 1999

Bonino S.

1988 *Psicologia per la salute*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano 1988

Cherniss C.

1983 *La sindrome del burn-out*, Centro Scientifico Torinese, Torino 1986

Colla G.

Pagine Web “Il linguaggio dei servizi: il burn-out”,
<http://www.proges.it/news/language.htm>

Di Marco G.

1997 (a cura di) *Esercizi di psichiatria italiana*, Castelvecchi, Roma 1997

Folgheraiter F.

1994 “Prefazione all’edizione italiana”, in **Bernstein - Halaszyn** [1989], pp.9-10

Levrero A.

1998 “Burn-out e qualità del servizio: analisi del fenomeno e proposte per una soluzione”, in «Ricerca e Riabilitazione», n.1, SO.GE.COM Editrice, Milano 1998

Maslach C.

1982 *La sindrome del burnout*, Cittadella, Assisi 1992

Maslach C. - Leiter M. P.

1997 *Burnout e organizzazione*, Erickson, Trento 2000

Mosher L. R. - Burti L.

1991 *Psichiatria territoriale*, Feltrinelli, Milano 1991

Pollo M.

Pagine Web “Lavoro e burn-out. Riflessioni da un punto di vista antropologico-culturale”, <http://www.geocities.com/HotSprings/2546/stress.htm>

Rossati A. - Magro G.

1999 *Stress e burnout*, Carocci, Roma 1999